

<https://helda.helsinki.fi>

Puuttuvat kuukautiset ja lisääntyvät mustelmat- tapauksen ratkaisu

Merikallio, Moona

2018

Merikallio , M , Suomela , J & Laitinen , M 2018 , ' Puuttuvat kuukautiset ja lisääntyvät mustelmat- tapauksen ratkaisu ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 73 , Nro 38 , Sivut 2100-2102 . < <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2018/SLL382018-2100.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/305700>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

MOONA MERIKALLIO

LL, yleislääketieteeseen
erikoistuva lääkäri
Helsingin kaupunki

JARKKO SUOMELA

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,
terveyskeskuslääkäri ja
lääkärikouluttaja
Helsingin yliopisto ja Helsingin
kaupunki

MIKA LAITINEN

LKT, sisätautien erikoislääkäri,
kliininen opettaja
Helsingin yliopisto ja HUS
Meilahti, sisätaudit ja kuntoutus

Puuttuvat kuukautiset ja lisääntyvät mustelmat

– tapauksen ratkaisu

Anamneesin kertaus

25-vuotiaalle naiselle ei ollut kuulunut kuukautisia puoleen vuoteen. Aiemmin kierto oli ollut säännöllinen. Hänelle oli myös alkanut ilmaantua mustelmia, vaikkei hän ollut kolhinut itseään.

Ennen vastaanottoa tehty raskaustesti oli normaali, eikä yhdyntöjä ilman ehkäisyä ollut ollut. Aiemmin säännöllinen kierto oli ollut kestoaltaan 28–30 vrk. Kuukautiset olivat yleensä kestäneet 3–5 vrk eivätkä ne olleet olleet erityisen runsaita.

Edelteen vuoden aikana nainen oli muuttanut uudelle paikkakunnalle ja aloittanut uuden työn ja opiskelun. Hän oli joutunut useaan operaatioon peukalovamman vuoksi ja syönyt niiden yhteydessä useita antibioottikuureja.

Naiselle oli alkanut ilmaantua mustelmia entistä herkemmin, vaikkei hän ollut loukannut itseään. Veri hytyi pienissä haavoissa normaalisti eikä esimerkiksi nenäverenvuotoja ollut esiintynyt.

Verenpainetta potilas ei aluksi seurannut, mutta sitten ystävä rupesi mittaamaan sitä häneltä.

Tutkittaessa yleistila oli hyvä. Verenpaine oli 147/113 mmHg, paino 70 kg ja pituus 169 cm. Säärissä ja reisissä todettiin runsaasti mustelmia, mutta muualla iho on normaali.

Gynekologisessa tutkimuksessa ei todettu poikkeavaa. Vatsa oli palpoiden pehmeä ja aritamaton eikä rinnoissa ollut poikkeavaa. Kaulalla tai soliskuopissa ei todettu poikkeavia imusolmukkeita ja kilpirauhanen oli palpoiden normaali. Verikokeissa vain maksa-arvo oli lievästi suurentunut (ALAT 60 U/l) (taulukko 1 osassa 1, SLL 36/2018).

Verkosta poimittua

Verkkolääkäri kehotti kyselemään itsehoitovalmisteiden käytöstä. Myös naisen käyttämät lääkkeet on tärkeää selvittää.

Verkossa muistutettiin väkivalta-anamneesista mustelmien vuoksi. Veren hyttymisongelmat nousivat esiin, mutta niihin ei oikein uskottu. ”Hyttymispaketti ilman vuotoja, ml. kuukautisvuodot, taitaa olla hiukan liioittelua”, arveli kollega.

Korkean verenpaineen, mustelmien ja amenorrean yhdistelmä johti useammankin verkkolääkärin ajattelemaan Cushingin oireyhtymää.

Potilaan jatkoahoito

Tarkennetussa anamneesissa ei tullut esille viitteitä ylimääräisestä lääkkeitä tai lisäravinteiden käytöstä tai katoinkohtelusta. Suurentunut maksa-arvo normalisoitui seurannassa. Verenpainetta potilas ei aluksi seurannut, mutta sitten ystävä rupesi mittaamaan sitä häneltä. Lukemat olivat kotonakin 150/110 mmHg:n tasolla. Ystävykset arvelivat koholla olevien arvojen johtuvan lähinnä stressistä.

Kun verenpaineet kotimittauksissa olivat 160/120 mmHg:n luokkaa eivätkä kuukautiset vieläkään olleet alkaneet, nainen varasi uuden ajan terveyskeskukseen noin 18 kuukauden kuluttua ensikäynnistä; käynnin syyksi kirjattiin kuukautishäiriö. Muuten voinnissa ei ollut väliä, mitään erityistä uutta. Poikkeavaa uupumusta ei ollut, potilas jaksoi käydä mm. kuntosalilla, opiskella ja vietti normaalia nuoren naisen elämää. Mustelmataipumusta oli edelleen.

Kuukautiset olivat olleet poissa nyt noin 2 vuotta. Paino oli pysynyt ennallaan, vaikka nainen oli aloittanut kuntosalitreeniohjelman pudottaakseen sitä. Iholle oli alkanut ilmaantua kuivaa ihottumaa, joka ei reagoanut apteekista ilman reseptiä saataviin kortisonivoiteisiin.

Potilaan vointi oli hyvä. Paino oli 70 kg ja pituus 169 cm. Kasvot olivat jonkin verran pyö-

KIRJALLISUUTTA

- Unuane D, Tournaye H, Velkeniers B, Poppe K. Endocrine disorders and female infertility. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2011;25:861–73.
- Välimäki M, Sane T, Dunkel L, toim. Endokrinologia, 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2009.
- Tinkanen H. Amenorrea. Lääkärin käsikirja 27.4.2018.
- Nikkilä M. Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. Lääkärin käsikirja 27.4.2018.



reät. Niskassa oli nähtävissä ylimääräinen poimu, vatsassa arpimaisia ihojuovia ja ylävartalolla kauttaaltaan hentoa nokkosrokkomaista ihottumaa. Karvoitus oli selvästi lisääntynyt mm. sisäreisissä ja alaselässä. Verenpaine oli vastaanotolla useamman kerran mitattuna tasoa 165/130 mmHg. Sydäimestä ja keuhkoista ei kuulunut poikkeavaa.

Terveyskeskuslääkäri rupesi tässä vaiheessa miettimään kohonneen verenpaineen sekundaarisia syitä. Mieleen tuli Cushingin oireyhtymä. Asia päädyttiin vielä varmistamaan lyhyellä deksametasonikokeella. Myöhään illalla otetun noin 1,5 mg:n deksametasoniannoksen jälkeen kortisolipitoisuus oli seuraavana aamuna 321 nmol/l (viitearvo < 100 nmol/l), mikä viittasi hyperkortisolismiin.

EKG:ssa oli todettavissa vasemman kammion liikakasvua volttikriteerein. Paastosokeri oli 7,1 mmol/l (4–6 mmol/l) ja HbA_{1c} 44 mmol/mol (20–42 mmol/mol). Muissa tuoreissa laboratoriotutkimuksissa ei todettu poikkeavaa. Verenpaineen hoidoksi aloitettiin amlodipiini (5 mg × 1), ja potilaalle kirjoitettiin kiireellinen lähete endokrinologian poliklinikalle.

Diagnoosi varmistui erikoissairaanhoidossa nopeasti lähetteen perusteella otettujen laboratoriotutkimusten (taulukko 1) ja sellan magneettikuvan perusteella. Siinä todettiin mikroadenoomaksi sopiva ekspansio aivolisäkkeen vasemmassa lohossa. Muutos hoidettiin leikkauksessa ongelmitta, ja potilas pääsi kotiin vajaan viikon päästä toimenpiteestä.

Potilaan paino tippui 65 kg:aan muutamassa kuukaudessa ja hän pystyi ottamaan käyttöön kesävaatteet, joita oli käyttänyt ennen hyperkortisolismien kehittymistä. Silloin tällöin ilmenee

vielä nivelten kolotusoireita, mutta nekin ovat rauhoittumassa. Ruoka-annokset ovat pienentyneet; rasvaisempien ruokien jälkeen on hieman raskasta tunnetta ylämahalla. Verenpaine tippui tasolle 114/80 mmHg ilman lääkitystä. Kuu-kautiskierto on palautunut ja säännöllinen. Sellan magneettikuvassa näkyy normaalit postoperatiiviset muutokset.

Vuoden kuluttua leikkauksesta ovat tulossa vielä sellan magneettikuvaus, laboratoriotutkimukset ja vastaanotto. Oma kortisolintuotantoa ei ole, ja potilas on jatkossa täysin riippuvainen korvaushoidosta.

Sisätautilääkärin kommentti

Selvän Cushingin taudin epäilyn vuoksi erikoissairaanhoidossa tutkittiin alkuvaiheessa useita hormoniparametreja (taulukko 1). Verenpaine-taudin sekundaaristen syiden hakemiseksi mitattiin myös aldosteroni ja reniini, ja ne olivat normaalit.

Iltayön syljen kortisolin mittausta (Sa-Korsol) on sensitiivinen hyperkortisolismien seulontatutkimus. Cushingin oireyhtymässä kortisolin normaali vuorokausivaihtelu puuttuu ja iltayön syljen kortisoliarvot ovat yleensä selvästi suurentuneet. Tutkimuksen katsotaan olevan parempi tai vähintään yhtä hyvä kuin perinteiset seulontakokeet vuorokausivirtsan kortisoli (dU-Korsol) ja lyhyt deksametasonikoe.

Kaikki seulontakokeet osoittivat hyperkortisolismia, samalla kun kortikotropiiniarvo (ACTH) oli korkea. Tämä viittaa ACTH-riippuvaan kortisolin liikatuotantoon. Pituitaarisen taudin epäilyn vuoksi tutkimuksissa edettiin CRH-rasituskokeeseen. Siinä nähtiin ACTH-tason nousu

yli 150 % lähtöarvosta sekä kortisolipitoisuuden nousu lähes 50 % lähtöarvosta. Tulokset sopivat pituitaariseen Cushingin tautiin. Sellan magneettikuvassa todettiin 6–7 x 3 mm:n kokoinen mikroadenoomaksi sopiva ekspansio aivolisäkkeen vasemmassa lohossa.

Potilaan pääoireena oli amenorrea. Hormonimittauksissa gonadotropiinit (LH sekä FSH) sekä estradioli olivat viitealueella. Prolaktiiniarvo oli korkeintaan hieman suurentunut. Cushingin oireyhtymässä kuukautishäiriöiden tarkkaa mekanismia ei tunneta, mutta siihen vaikuttavat sekä gonadotropiinien häiriintynyt erityys että suurentuneet androgeenipitoisuudet, mahdollisesti munasarjojen monirakkulataudin tapaan (1). Oireyhtymässä 60–80 %:lla fertiilikäisistä naisista esiintyy kuukautishäiriötä ja anovulaatiota (2).

Terveyskeskuslääkärin kommentti

Terveyskeskuksessa asioi valikoitumaton potilasjoukko moninaisten oireiden ja löydösten takia. Kaikkea ei voi ryhtyä tutkimaan: on pidettävä mielessä kokonaisuus, osattava poimia olennaiset asiat anamneesista ja löydöksistä ja muistettava, että harvinaiset sairaudet ovat harvinaisia. Portinvartijan tehtävä on syytä säilyttää lääkärillä jatkossakin, sillä hoitajilta ei voi vaatia siinä vaadittavaa diagnostiikan osaamista.

Terveyskeskuslääkärin on usein välttämättöntä käyttää aikaa apuna diagnostiikassa.

Samalla täytyy olla kuitenkin jatkuvasti valppaana ja yrittää löytää lukuisten potilaskontaktien seasta kiireellistä hoitoa ja toisaalta seurantaa tarvitsevia potilaita. Päätöksiä pitää tehdä koko ajan, ja monesta suunnasta tulevat keskeytykset haastavat ajoittain valppautta.

Tässä tapauksessa ensisijaisena hoitoon hakeutumisen synnä oli kuukautisten puuttuminen (3) ja samalla todettiin koholla oleva verenpaine (4). Varsin vähäoireinen potilas tutkittiin kattavasti ensikontaktissa. Lievästi suurentunut maksa-arvo normalisoitui seurannassa eikä kuukautishäiriön tutkimuksissa todettu poikkeavaa. Seuranta jäi nuoren potilaan vastuulle: häntä pyydettiin ottamaan yhteyttä, jos kotonakin verenpaine ylittää suositukset selvästi tai kuukautishäiriö pitkittyy.

Potilas itse ei ollut huolissaan koholla olevasta verenpaineestaan ja seurantakin jäi, kunnes ystävä mittasi verenpaineen. Terveyskeskuksessa potilasmäärä on suuri eikä seurantonen toteutumisesta ole mahdollista olla yhteydessä, vaan yhteydenotto jää potilaan vastuulle. Nuorelle, vauhdikasta opiskelija-elämää elävälle potilaalle tämä on haastavaa. Toivottavasti digitalisaatio helpottaa pian potilaan mitaustulosten siirtämistä suoraan potilastietojärjestelmään. Kanta-arkisto on jo parantanut esimerkiksi hoitosuunnitelman välittymistä potilaille.

Monenlaisten oireiden yhdistäminen yhdeksi sairaudeksi on haastavaa kokeneellekin kliinikolle. Terveysportin Etsi diagnoosi -työkalu antaa potilaan pääoireilla – koholla oleva verenpaine, mustelmat ja amenorrea – ensimmäiseksi vaihtoehdoksi Cushingin oireyhtymän. Se on toimiva apuväline, mutta käytännön vastaanottotilanteessa sitä ei ehdi usein käyttää. Kuukautishäiriö on hyvin yleinen oire nuorella naisella. Sen taustalta tulee hyvin harvoin etsityksi Cushingin tautia. Hälytyskellot voivat alkaa soida, kun verenpaine on koholla ja vielä seurannassa kotonakin huomattavan korkea.

Toivottavasti tulevaisuudessa suoraan potilaskertomuksesta oleelliset tiedot poimiva työkalu auttaa nykyistä paremmin lääkäreitä tässäkin asiassa. Potilas itse oli yllätynyt, kun taustalta löytyi harvinainen sairaus, mutta toisaalta tyytyväinen, kun epämääräiset oireet saivat selityksen. Hän oli tyytyväinen hoitoonsa alusta loppuun saakka. ●

TAULUKKO 1.

Erikoissairaanhoidossa otettujen laboratoriotulosten tuloksia.

Tutkimus	Tulos	Viitearvot
S-LH	2,9 IU/l	follikulaarivaihe 1,8–11,8 IU/l
S-FSH	4,6 IU/l	follikulaarivaihe 3,0–8,1 IU/l
S-Estadio	0,10 nmol/l	follikulaarivaihe 0,08–0,92 nmol/l
S-PRL	644 mU/l	5–500 mU/l
S-Aldos	98 pmol/l	< 520 pmol/l
P-Renin	35 mU/l	4,4–46 mU/l
P-ACTH	177 ng/l	< 46 ng/l
Sa-Korsol	14,7, 31,0 ja 8,3 nmol/l	< 3 nmol/l
dU-Korsol-V	2 568 nmol	30–144 nmol
dU-K	84 mmol	60–90 mmol
dU-Na	166 mmol	80–240 mmol

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.